

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

-----=0=-----

Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO (USTTB)

Année Universitaire: 2012-2013

N°-----

/

TITRE

**EVALUATION DU STATUT VACCINAL DES ENFANTS
DE 0 à 11 MOIS ET LES FEMMES ENCEINTES DANS
LE CSCOM DE KALABAN COURA (ASACOKAL) EN
COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO EN 2012**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le 20/03/2013 devant la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali*

Mme DIAWARA Mariam DIAWARA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président du Jury : Professeur Adama DIAWARA

Membres du jury : Docteur Bougou COULIBALY

: Docteur Abdoulaye Boubacar COULIBALY

Directeur de thèse : Professeur Samba DIOP

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail :

A Dieu

Le Tout Puissant, de m'avoir donné la santé et le courage de venir à bout de ce travail. Que sa bénédiction et sa protection soient sur nous tous.

Amen !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENT

Seigneur, je te rends grâce de m'avoir donné la faculté d'accomplir ce travail.

A mon père Idrissa DIAWARA :

Cher père, les mots me manquent pour dire combien tu as été à la base de ce travail. Ta rigueur et ton exigence dans l'éducation, ton encouragement, ton dévouement, tes soucis permanents de notre bien être, tes bénédictions, et ton soutien pour ne citer que ceux-ci m'ont permis d'être là aujourd'hui. Vous êtes un père exemplaire.

Puisse l'Eternel nous guide dans le droit chemin. (Amine)

A ma mère Zerikatou DIARRA :

Battez-vous ! Soyez toujours unis ! A toujours été Tes revendications. Tes conseils, tes encouragements et ton affection n'ont jamais fait défaut. Mère, nous voici arrivées à ce jour tant attendu par vous tous, que ce modeste travail soit source de satisfaction et de réconfort pour tout ce que tu as enduré et pour tous tes efforts indéfectibles. Que Dieu t'accorde encore longue vie pour être auprès de nous tes enfants

A tous mes frères et sœurs : Oumar, Papa Soriba, Sory Ibrahim, Aboubacar Sidiki Niama.

Qu'Allah affermisse notre foi, nous guide vers le bonheur et nous accorde son pardon .J'espère avoir été une sœur digne de ce nom pour

vous. N'oubliez jamais que la vie est dure mais que seul le travail peut la "ramollir".

Recevez ma reconnaissance et permettez-moi cette expression "Allah ka badenya to". La fraternité n'a pas de prix et reste pour nous un lien sacré.

Trouvez en ce modeste travail l'expression de mon amour et de profond attachement.

A mon époux Salif DIAWARA :

Ton soutien moral et affectif ont été inestimables pour la réalisation de ce travail. Trouve ici l'expression de mon amour profond et éternel.

A mes fils mahamadou et Aboubacar DIAWARA :

Je garde l'espoir que tu feras mieux que moi et que le Tout Puissant te donne une longue vie.

A mes grands pères et grands mères feu Idrissa Diawara, feu Niama Diawara ; Mariam Kanté et Maïmouna Coulibaly

Merci infiniment pour toute l'affection que vous m'avez donné.

A mon grand père feu Adama DIARRA

J'aurais souhaité ta présence à mes cotés en ce jour combien important, mais hélas le bon Dieu en a décidé autrement. Qu'il vous accorde sa grâce.

A mes tontons et tantes principalement à Soriba Diawara et Awa Diawara

Pour vos accompagnements et encouragements. J'en suis reconnaissante.

A mes oncles et tantes Fousseyni, Chaka et Sira Diarra

C'est un plaisir pour moi de vivre ces instants de bonheur avec vous. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Merci pour les soutiens constants.

Je vous décerne ce travail avec joie.

A ma belle famille :

Principalement Ladji Diawara et Assitan Coulibaly merci pour votre soutien et votre encouragement qui n'ont jamais fait défaut.

A mes cousins et cousines :

Pour vous exprimer toute ma reconnaissance

A tous les internes du Centre de Santé de Référence de la Commune V et particulièrement à notre équipe de garde :

- Nana Kadidia Haïdara
- Madigata Doucara
- Dr Ami Diarra
- Dr Amir Maïga
- Dr Gabriel Sangaré
- Dr Bana Cissé
- Dr Saleck Doumbia

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils. Sans aucune anticipation recevez mes sincères remerciements.

A tout le personnel du CSRéf de la Commune V du District de Bamako.

Je ne vous remercierai jamais assez pour toute l'expérience acquise à vos cotés et le soutien quasi constant dont j'ai fait l'objet. Mon admission au CSRéf m'a surtout permis de m'exprimer mais aussi de m'affirmer en découvrant le potentiel dont je dispose. Puisse Dieu nous appuyer dans notre vie de tous les jours dans le cadre du bien être de nos patient.

A tout le personnel du CSCom de Kalanban coura :

Merci pour le soutien moral et la franche collaboration. Je formule pour chacun de vous des vœux de santé et de succès dans toutes vos entreprises.

Je remercie le **Prophète Mouhamed (SAW)** qui nous incite à la recherche par ceci : cherchez la science, même jusqu'en Chine, car posséder la science est un devoir qui incombe à tout musulman. (Nahjul Façala p63).

Mes remerciements sincères

Aux familles Diawara de Ségou, Kita, Dioro, Bamako, Etats Unis, France et l'Espagne.

Pour les conseils et encouragements.

Aux familles Diarra, de Bamako, Ségou et de la France

Pour les conseils et encouragement.

A tous les enseignants des établissements d'enseignement de Ségou.

Pour la qualité de vos cours et votre rigueur.

Au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) pour le sérieux et la qualité des cours dispensés.

A mes ami(es) : Nana Kadidia, Haïdara, Ramatou Keïta, Celestine

Fomba,

Ousmane Coulibaly, Kadidia Haïdara, Atou Maïga, Fatoumata Pakoutou
Diènèpo, Fatoumata Boncana Coulibaly et Aïssata Sidibé.

Des vrais amis se reconnaissent toujours lors des moments durs. Dans beaucoup de circonstances, vous m'avez prouvé qu'au-delà de l'amitié vous êtes des sœurs, des frères plus que jamais sincères. Sans vous, je n'aurais jamais pu mener à bien ce travail. Soyez-en remerciés infiniment et soyez assurés de mon indéfectible fidélité. Puisse cette fraternité demeurer entre nous pour que se réalisent nos vœux les plus chers (Amen).

A mes amis et camarades : Salif Coulibaly, Sogoba, Issa Camara et Mohamed Diallo.

Puisse cette solidarité demeurer entre nous pour que se réalisent nos vœux les plus chers (Amen).

A mes collaborateurs du village du Point G

Merci pour le temps passé ensemble. Je vous souhaite beaucoup de courage pour vos entreprises.

Mes maîtres médecins :

Soumana O. TRAORE, Oumar M. TRAORE, Silimana F. COULIBALY,
Dr KAMISSOKO Hawa, Hamidou ALBACHAR, Hamady SISSOKO,
Coulibaly, Badian Dembélé, Sidy Bouaré, Seydou Diabaté, Mamadou

Traoré, Ami Diarra, Soumaila Diallo, Amir Maiga, Florent Diarra,
Youssouf Diakité, Issa Sy, Gabriel Sangaré .

Pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères pour vos bonheurs et la réussite dans toutes vos entreprises.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury,

Professeur Adama DIAWARA

**Maître de conférences en santé publique à la Faculté de Médecine
et d'Odonto-Stomatologie (FMOS), Université de Bamako.**

Secrétaire Général du Ministère de la Santé.

Ancien directeur de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux.

**Ancien chef de division assurance qualité et économie du
médicament à la direction de la Pharmacie et du Médicament.**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury
malgré vos multiples occupations.

Votre générosité, votre disponibilité, votre souci du travail bien fait, votre
rigueur scientifique font de vous un modèle à suivre.

Recevez cher maître, nos sincères remerciements pour tout ce que vous
avez fait pour rehausser le niveau de ce travail dans l'intérêt de la
science.

**A notre Maître et juge
Docteur Bougou COULIBALY.**

Expert en population et santé,

Analyste des politiques et système de santé

**Assistant de Recherche au Département de Recherche en Santé
Publique de la FMOS.**

Cher maître,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie forcent respect et l'admiration.

Veillez trouvez ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge
Dr Abdoulaye Boubacar COULIBALY

Médecin Généraliste

Directeur Technique du CSCOM de Kalaban Coura

Honorable Maître,

Vos conseils et vos suggestions nous ont été d'un apport bénéfique dans la réalisation de cette thèse.

Toujours disponible, c'est le moment de le dire vous êtes un exemple à suivre, et c'est un honneur pour nous de vous voir siéger dans notre jury.

A notre maître et directeur de thèse Professeur Samba DIOP

Maître de conférences en anthropologie médicale

Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique de la FMOS.

Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO/VIH/SIDA/FMOS.

Responsable du cours <<Anthropologie de la lutte contre la cécité : aspects sociaux et éthique >>, Centre hospitalier universitaire de l'institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique.

Responsable du cours « Sciences et éthique » du DEA d'anthropologie, Institut supérieur pour la formation à la recherche appliquée (ISFRA), Université de Bamako.

Responsable du cours « Culture et éthique » du centre d'enseignement virtuel en Afrique, Ecole nationale des ingénieurs (ENI), Université de Bamako.

Cher maître,

L'occasion nous est offerte de vous remercier de votre spontanéité, votre générosité, votre modestie, et votre rigueur dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons accomplir, car vous êtes vous-même un exemple qui fait de vous un professeur émérite.

Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Plus qu'un honneur, cela à été pour nous un plaisir de vous côtoyer.

Votre immense savoir multidisciplinaire nous impose beaucoup de respect et une profonde admiration au vue de vos qualités humaines et d'enseignant. Merci pour toutes les entrevues chaleureuses, merci pour toutes vos critiques, merci pour votre sincérité.

SIGLES & ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACOKAL : Association de Santé Communautaire de Kalaban coura

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre Santé de Référence

DNS : Direction Nationale de la Santé

EDSM : Enquête Démographique et de Santé Mali

DPLM : Division de la Prévention de la Lutte contre la Maladie.

DTCP : Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite

HepB : Hépatite B

IEC : Information Education Communication

IgA : Immunoglobuline A

IgG : Immunoglobuline G

IgM : Immunoglobuline M

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PENTA :Diphtérie Tétanos Coqueluche Hépatite B Méningite

PEV : Programme Elargi de Vaccination

UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance

ROR: Rougeole Rubéole Oreillon

VAA :Vaccin Anti Amaril

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

VAT: Vaccin Anti Tétanique

VAR : Vaccin Anti rougeoleux

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	1
II.	CADRE THEORIQUE	3
III.	DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	13
IV.	RESULTATS	16
V.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	33
VI.	CONCLUSION	37
VII.	RECOMMANDATIONS	38
VIII.	REFERENCES	39
IX.	ANNEXES	41

I-INTRODUCTION :

Plus de la moitié des décès néonataux et infantiles est enregistrée dans les pays en voie de développement et les principales causes en sont : les infections parasitaires (paludisme), bactériennes (diphtérie, tétanos, coqueluche, tuberculose), virales (poliomyélite, fièvre jaune, hépatite virale B, rougeole) et celles respiratoire aigues [1].

Devant l'insuffisance notoire et la répartition fortement inégale des moyens (personnel, équipement) mis à la disposition de la médecine curative. Il nous semble essentiel de promouvoir dans nos pays à pénurie chronique de ressources, une médecine quadridimensionnelle, curative, préventive, éducative et sociale. A cet effet, la vaccination a révolutionné la santé de l'enfant dans le monde entier en évitant chaque année des millions de décès et en réduisant les risques d'handicaps que causent certaines maladies infectieuses [2].

Pour lutter contre les maladies cibles de l'enfance, le Programme élargi de vaccination (PEV), adopté en 1973 par l'assemblée mondiale de la santé a été lancé dans la région africaine. Il s'est progressivement installé dans les quarante cinq états membres de l'OMS au cours de la première moitié de l'année 1980 et fut inscrit parmi leurs priorités. C'est ainsi que le Mali a lancé ce programme officiellement le 11 Décembre 1986. Ses objectifs étaient de réduire la morbidité et la mortalité due aux maladies sévissant à l'état endémo-épidémique dans des pays. Il s'agit de la penta (méningite, diphtérie, coqueluche, tétanos, l'hépatite B) de la poliomyélite, de la tuberculose de la rougeole, de la fièvre jaune et récemment le pneumocoque qui a fait son entrée dans la vaccination de routine.

La deuxième revue du PEV effectuée en fin 1998 début 1999, après celle de 1990 nous a permis de situer la couverture vaccinale pour le Mali à 31,5% avec carte de vaccination et à 46% avec carte plus histoire

En 2007, la couverture vaccinale administrative pour la commune IV du district de Bamako est de 149,14% pour le Penta 3 et de 124,86% pour le VAR [3]. Selon l'EDS IV [4] la couverture vaccinale en 2007 est de 48% pour les enfants âgé de 0 à 23 mois et 48% pour la deuxième dose VAT chez les femmes enceintes au Mali et de 59% pour le district de Bamako.

Le succès global des programmes de vaccination n'est plus à démontrer ; le développement rapide des connaissances scientifiques en immunologie, en microbiologie et en épidémiologie a fait progresser considérablement le domaine des vaccinations ces dernières années au point que l'on peut parler de l'émergence d'une nouvelle discipline la vaccinologie [5].

Cette forte couverture administrative permet de poser plusieurs problèmes :

- ✓ Les tranches d'âge (ou enfants cibles) sont-elles bien respectées ?
- ✓ Les enfants hors aire sont-ils recrutés pendant les séances de vaccination ?
- ✓ Le rapportage des données est-il correct ?

Ces différentes questions sont entre autres les raisons qui justifient notre étude afin de déterminer la couverture vaccinale réelle.

Une autre raison est de savoir à combien est la couverture après l'introduction du pentavalent et du pneumo.

II-Cadre théorique :

1-Enoncé du problème :

La vaccination est un acte médical qui consiste à introduire dans un organisme sain une substance spécifique qui détermine la résistance à une maladie. C'est un des moyens lutte de les plus efficaces contre le péril infectieux. Elle permet de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies infectieuses à haut potentiel épidémique. Par ailleurs cette vaccination revient moins chère que la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces maladies infectieuses [4].

Le vaccin est un produit qui, administré à un receveur sain le protège contre une infection ultérieure en induisant une immunité humorale (anticorps neutralisant) ou cellulaire (lymphocytes) spécifique [4].

L'immunité est obtenue par une ou plusieurs injections initiales puis des rappels d'autant plus espacés que le vaccin est immunogène. Les anticorps maternels spécifiques (IgG) sont transmis au fœtus par voie placentaire et persistent jusqu'au 6ème voire au 8ème mois après la naissance. Durant cette période, ils assurent une protection passive [4].

Du fait de l'absence de transfert transplacentaire de l'immunité contre la tuberculose, le nouveau-né peut être vacciné dès la naissance.

Par contre les vaccins viraux atténués comme (le vaccin contre la poliomyélite, la fièvre jaune, la rougeole) ainsi que le BCG sont contre indiqués chez les enfants immunodéprimés par le Sida et en cas d'hémopathies malignes. Mais l'OMS recommande de continuer à vacciner au BCG les enfants immunodéprimés par VIH [4].

Le système immunitaire est le mécanisme de défense que l'on retrouve chez chaque individu et qui aide l'organisme à lutter contre la maladie infectieuse.

Lorsque des agents infectieux (bactéries, virus...) pénètrent dans

l'organisme, le corps lutte contre l'infection, notamment en produisant des anticorps qui attaquent ces microbes. Ce phénomène s'appelle l'immunisation. Le système immunitaire fonctionne ainsi constamment pour nous protéger contre des bactéries et des virus qui sont dans notre environnement [6].

L'objectif principal du programme élargi de vaccination du Mali était de réduire la morbidité et la mortalité due aux maladies sévissant à l'état endémo-épidémique par la vaccination contre six maladies cibles que sont : la diphtérie, tuberculose, coqueluche, tétanos, poliomyélite, rougeole. Cependant un moyen d'évaluer les changements intervenus dans la couverture vaccinale consiste à comparer les résultats de l'enquête actuelle à ceux des enquêtes précédentes.

2- Historique :

La découverte des vaccins est liée aux progrès accomplis dans la méthodologie et la technologie micro biologique et immunologique. Cette découverte remonte à la préhistoire ; même s'il n'existait pas de vaccins proprement dits, le principe de la vaccination était connu et appliqué.

Les « pastoriens » continuent l'œuvre du maître et mettent notamment au point le vaccin BCG contre la tuberculose (1921), le vaccin contre la diphtérie et le tétanos (1923-1924), un vaccin contre la fièvre jaune (1927) et un vaccin contre la poliomyélite (1954). Certains pays appliquant une politique de vaccination systématique, le débat entre partisans de la liberté vaccinale et tenants d'une protection vaccinale maximale de la population est lancé. Il reste toujours d'actualité. En 1958, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décide de vacciner contre la variole toutes les populations vivant en pays d'endémie. Dans les années qui suivent, le programme est renforcé et favorise la

production locale des vaccins. L'OMS annonce l'éradication mondiale de la variole en 1976.

Depuis le milieu des années 90, des progrès immenses ont été accomplis dans le domaine de la vaccination dans le monde, notamment l'éradication presque totale de la poliomyélite (l'OMS prévoit dans les prochaines années l'éradication mondiale de la poliomyélite ainsi qu'une réduction considérable de l'incidence de la rougeole et du tétanos maternel et néonatal dans certains pays à très faible revenu) [6].

3- Classification :

Les vaccins sont classés selon les caractéristiques suivantes [7] :

- **Origine** : virale ou bactérienne
- **Etat** : vivant ou inactivés
- **Nature** : germes entiers ou extraits de germes

3-1- Vaccins viraux :

Les vaccins viraux vivants sont essentiellement : le vaccin anti - variolique.

- Les vaccins viraux vivants atténués contre

La fièvre jaune,

La poliomyélite,

La rougeole, la rubéole, les oreillons. (ROR)

- Les vaccins viraux inactivés contre :

La rage,

La grippe,

La poliomyélite

3- 2-Vaccins bactériens :

- Les vaccins bactériens vivants sont essentiellement :

Le BCG

- Les vaccins bactériens inactivés dont les vaccins bactériens entiers contre

Le choléra,

La fièvre typhoïde (TAB),

La coqueluche,

Les anatoxines (Diphtérique et tétanique),

Les polysaccharides capsulaires : le Pneumocoque et le méningocoque.

3-3- Mode d'action des vaccins :

Le vaccin administré à un sujet va provoquer l'élaboration des protéines, les Anticorps qui vont le protéger contre l'action des germes bactériens, viraux ou des toxines [6].

3-3-1- Réponses immunitaires induites par les vaccins inactives:

L'immunité acquise est recherchée exclusivement par une sollicitation antigénique sans passer par un processus infectieux. C'est ainsi que la réponse immunitaire induite par un antigène de nature protéique (type anatoxine) est caractérisée par une réponse primaire après la première inoculation d'intensité faible avec un temps de latence d'environ une semaine ; constitué en grande partie par des IgM. La réinoculation provoque une réponse secondaire qui fait intervenir la mémoire immunitaire. Cette réponse est plus rapide, plus forte et plus durable. Elle apporte donc une protection plus sûre.

3-3-2- Réponses immunitaires induites par les vaccins vivants :

L'inoculation doit être suivie nécessairement d'une multiplication des germes dans l'organisme après un délai d'incubation de quelques jours (une semaine environ).

Dans les meilleurs cas l'infection est cliniquement inapparente, dans certains cas elle se manifeste par une réaction clinique locale ou

générale. L'immunité fait suite à l'infection. Elle s'établit après un certain délai (environ 2 semaines pour les vaccins viraux et 2 mois pour le BCG).

L'avantage incontestable des vaccins vivants est la simplicité du processus d'immunisation, réduit en principe à une seule inoculation sauf dans certains cas particulier (polio oral). Cela n'exclut pas la nécessité d'entretenir l'immunité par la réinoculation (rappels).

L'immunité peut être contrôlée par la mesure des anticorps (IgM transitoires ; IgG et éventuellement IgA plus durables)

3-4- Les contre indications des vaccins :

Les contre indications de la vaccination sont bien connues et peu nombreuses. Nous pouvons citer ces situations suivantes [8] :

- Les vaccins vivants sont formellement contre indiqués chez la femme enceinte en raison du risque tératogène ainsi que les sujets atteints d'un déficit immunitaire congénital ou acquis.
- Parmi les vaccins tués, seul le vaccin contre la coqueluche est contre indiqué chez les enfants atteints d'affection neurologique évolutive ou qui ont manifesté une réaction neurologique (convulsion ou cris persistants) lors d'une précédente administration.

Si un enfant doit être hospitalisé, la décision de vacciner incombe au personnel hospitalier responsable [5].

3-5- Effets indésirables dus aux vaccinations :

Malgré la recherche sur des vaccins toujours plus sûrs et efficaces des effets secondaires continuent de survenir à la suite de leur utilisation [5].

La grande majorité des effets secondaires est bénigne [9].

3-6- Les incidents post vaccinaux

Ils restent bénins et peuvent s'agir de :

- Fièvre

- Erythème au niveau du point d'injection
- Nodule au point d'injection
- Douleur au point d'injection
- Cris incessants après vaccin coquelucheux
- Allergie
- Adénite post BCG

3-7-Les accidents

Sont rares et peuvent s'agir de

- Accidents neurologiques survenant essentiellement au décours d'une vaccination contre la coqueluche [8]. Il s'agit surtout des convulsions hyperpyrétiques du nourrisson.
- Accidents vasculaires : de rares observations ont été publiées après vaccination [5]; cependant, la possibilité de survenue de purpura thrombopénique a été observée après vaccination rougeoleuse [10-11] et après vaccination rubéolique [8]. Les purpuras thrombopéniques sont en effet observés dans 3 cas pour 100 000 après vaccin ROR [12]

3-8- le programme élargi de vaccination (PEV).

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV), créé en 1973 par l'assemblée mondiale de la santé et soutenu par l'Unicef a pour objectif de protéger le maximum d'enfants contre les maladies transmissibles évitables par la vaccination à un coût réduit. Il s'échelonne dans le temps et s'exprime à court et moyen terme, l'aboutissement étant la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies cibles [13].

A court terme, il vise à atteindre une couverture vaccinale maximum et à moyen terme entretenir l'immunité collective en intégrant les activités de vaccination aux soins de santé primaires.

Six maladies évitables par la vaccination ont été incluses depuis le début dans le PEV. Il s'agit de la **diphtérie**, de la **rougeole**, de la **coqueluche**, de la **poliomyélite**, du **tétanos**, de la **tuberculose**.

Ces maladies sévissent à l'état endémo-épidémique dans notre pays et constituent un problème de santé publique majeure.

La population cible se composait, pour les 3 premières années d'activité de :

- tous les enfants de moins de 6 ans ;
- toutes les femmes en état de grossesse qui, elles, seront vaccinées contre le tétanos.

Après les trois premières années, la vaccination ne portera que sur les nouveau-nés et les nourrissons.

En cas d'épidémie pouvant être enrayée par la vaccination, des équipes spéciales interviennent dans de meilleurs délais.

La population cible des femmes s'est élargie aux femmes en âge de procréer **[13]**.

L'introduction de la fièvre jaune en janvier 1991 et de l'hépatite virale B en 2000 et le pneumocoque en 2012 a porté le nombre des maladies cibles à neuf.

L'une des règles fondamentales est le respect du calendrier vaccinal.

4- Calendrier vaccinal pour le PEV Mali

Tableau I : Cible : enfants de 0 à 11 mois

Antigènes	Age
BCG + Polio 0	La naissance
Polio1 + penta1+ pneumo 1	6 semaines
Polio2 + penta 2 + pneumo 2	10 semaines
Polio3 + penta 3 + pneumo 3	14 semaines
Rougeole	9 mois
Fièvre jaune	9 mois

Tableau II : Cible : femmes enceintes

Antigènes	
VAT 1	Dès le 1 ^{er} contact ou la 1 ^{ère} CPN
VAT 2	30 jours après VAT1
VAT 3	6 mois après VAT2
VAT 4	1 an après VAT3
VAT 5	1an après VAT4

5-Hypothèses

- Les séances de vaccination de routine dans les CSCOM permettent d'améliorer les statuts vaccinaux des cibles (enfants de 00 à 11 mois et femmes enceintes).
- La vaccination systématique des femmes enceintes contre le tétanos leur permet d'obtenir une meilleure couverture vaccinale .

6-Objectifs :

6-1-Objectif général :

Evaluer le taux de couverture vaccinale pour les antigènes du PEV chez les enfants de 0 à 11 mois et le nombre de doses de VAT reçues chez les femmes enceintes.

6-2-Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer le pourcentage des enfants complètement vaccinés.
- ✓ Déterminer les raisons de non vaccination chez les enfants de 0 à 11 mois.
- ✓ Déterminer le statut vaccinal des femmes enceintes.

III –DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1-Cadre et lieu d'étude :

Situé sur la rive droite; sur la route de l'aéroport de Bamako accès très facile, le Quartier de Kalaban-Coura où s'est déroulé notre étude fait partie de la commune V du district de Bamako. Il s'étend sur un plateau très vaste et est limité à l'Est par les quartiers de Niamakoro et Faladiè, à l'Ouest par le Golf et Baco-Djikoroni, au Nord par Sabalibougou et Daoudabougou au Sud par Guarantiguibougou et Guana. L'ASACOKAL

où c'est déroulée notre étude couvre une population de 44437, les femmes en âge de procréer représentent 5% et enfants âgés de 0 à 11 mois représentent 4% de la population.

1-1 Organisation structurale du CSCom

Le CSCom, est composé de :

- Un dispensaire comprenant une salle de consultation curative, une salle de pansement, une salle d'injection,
- Une maternité comprenant une salle de consultation prénatale, une salle de travail, une salle d'accouchement, une salle de chaîne de froid pour le PEV,
- Un dépôt de vente des médicaments essentiels génériques
- Une salle d'observation.

1-2 Le personnel:

ASACOKAL :

- Deux médecins
- Deux sages-femmes
- Un infirmier d'état
- Un technicien de laboratoire
- Trois infirmières obstétriciennes

- Deux infirmiers du premier cycle
- Trois aides soignantes
- Une matrone
- Un manoeuvre
- Deux comptables
- Une gérante du dépôt de médicament
- Un gardien

2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive pour évaluer le statut vaccinal des enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes dans le CSCom de Kalaban Coura.

3- Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 15 janvier au 15 février 2012.

4- Population d'étude :

-Notre étude a concerné les femmes enceintes et les enfants 0 à 11 mois dans le CSCom de Kalaban-Coura pendant la période d'étude.

5- Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude

- Les femmes enceintes pour le VAT
- Les enfants de 0 à 11 mois pour les vaccins du PEV

6- Critères de non inclusion :

Ne faisaient pas parti de notre étude :

- Les femmes non enceintes pour le VAT
- Les enfants de plus de 11 mois pour les vaccins du PEV.
- Les cas Refus

7- Technique et déroulement du recrutement :

- Il s'agit d'un recrutement systématique de toutes les mères d'enfant de 0 à 11 mois et les femmes enceintes se présentant pour la vaccination au cours de la période d'enquête et qui ont accepté de se soumettre à nos questionnaires et trouvant l'enquêteur en place.

8- Collecte des données :

- Elle a été faite selon des questionnaires individuels :
- Un questionnaire pour les mères des enfants de 00-11 mois.
- Un questionnaire pour les femmes enceintes.
- La technique de collecte des données a été faite par une interview et une lecture des documents tels que les carnets et ou les registres de vaccination.

9- Plan d'analyse des données:

- Les données ont été saisies sur Microsoft World 2007, analysées sur le logiciel Epi info 3-5-3 version française et traitées sur Microsoft office Excel 2007.

10-Aspect éthique :

Les femmes enceintes et les mères d'enfants de 0 à 11 mois ont été informées et sensibilisées sur l'objet de notre étude qui a un but purement scientifique. Nous avons obtenu le consentement de tous les participants à cette étude.

IV RESULTATS :

Au terme de notre étude nous avons enrôlé 203 enfants de 0 à 11 mois et 185 femmes enceintes. Tout les enfants recrutés ont été vaccinés, certains étaient en retard sur le calendrier vaccinal aucune rupture de vaccins n'a été observée.

1-Statut vaccinal des enfants âgés de 0 à 11 mois

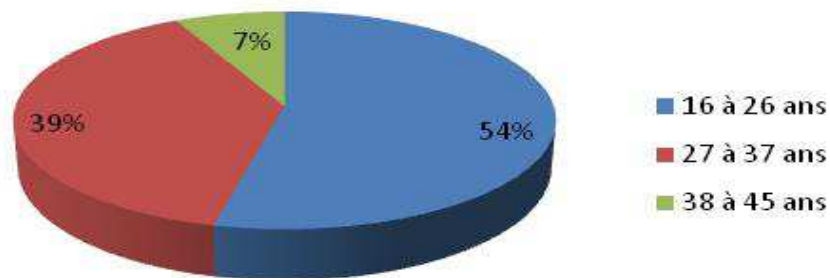


Figure1 : Répartition des mères selon la tranche d'âge

Les mères de 16 à 26 ans ont représenté 54%

Tableau III : Répartition des mères selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	75	36,9
Malinké	29	14,3
Peulh	21	10,3
Sarakolé	31	15,3
Dogon	7	3,4
Sonrhaï	14	7
Bobo	6	2,9
Somono	4	2
Senoufo	13	6,4
Maure	1	0,5
Gana	1	0,5
Bamouké	1	0,5
Total	203	100

Les bambaras représentaient 36,9%.

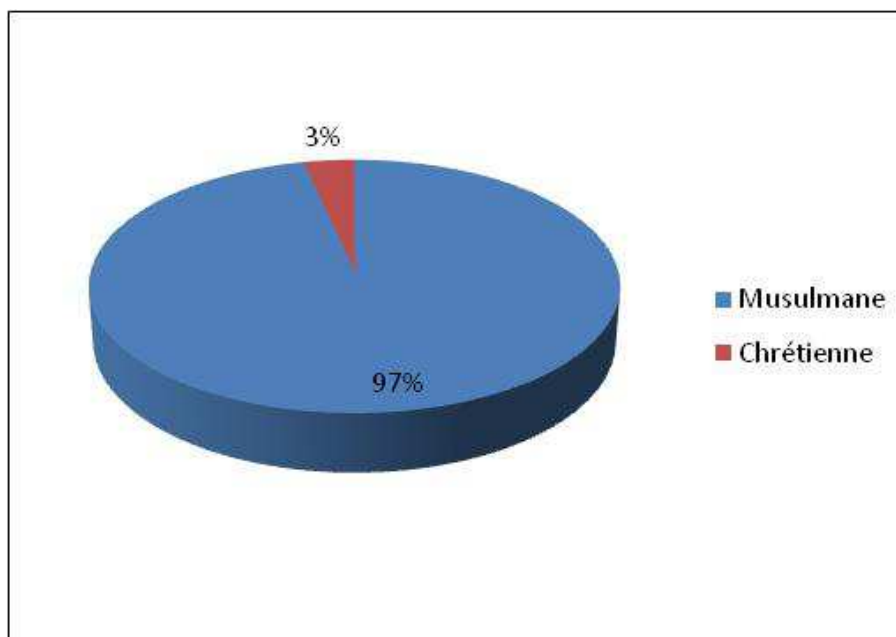


Figure 2 : Répartition des mères selon la religion.

Les musulmanes représentaient 97%

Tableau IV : Répartition des mères selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	186	91,6
Célibataire	17	8,4
Veuve	00	00
Divorcée	00	00
Total	203	100

Les mariées représentaient 91,6%.

Tableau V : Répartition des mères selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Instruction primaire	58	28,6
Instruction secondaire	25	12,3
Instruction supérieure	24	11,8
Non scolarisée	96	47,3
Total	203	100

Les mères non scolarisée représentaient 47,3%.

Tableau VI: Répartition des mères selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	120	59,1
Vendeuse	28	13,7
Elèves et étudiants	30	14,7
Cadre moyen	3	1,4
Cadre inférieur	5	2,4
Teinturière	11	5,4
Aide ménagère	4	1,9
Animatrice	1	1,4
Monitrice	1	1,4
Total	203	100

Les ménagères représentaient 59,1%.

Tableau VII: Répartition des mères selon le nombre d'enfant

Nombre d'enfant	Effectif	Pourcentage
1	79	38,9
2	51	25,1
3	32	15,8
4	18	8,9
5	10	4,9
6	5	2,5
7	3	1,5
8	5	2,5
Total	203	100

Les mères avec 1 enfant représentaient 38,9%.

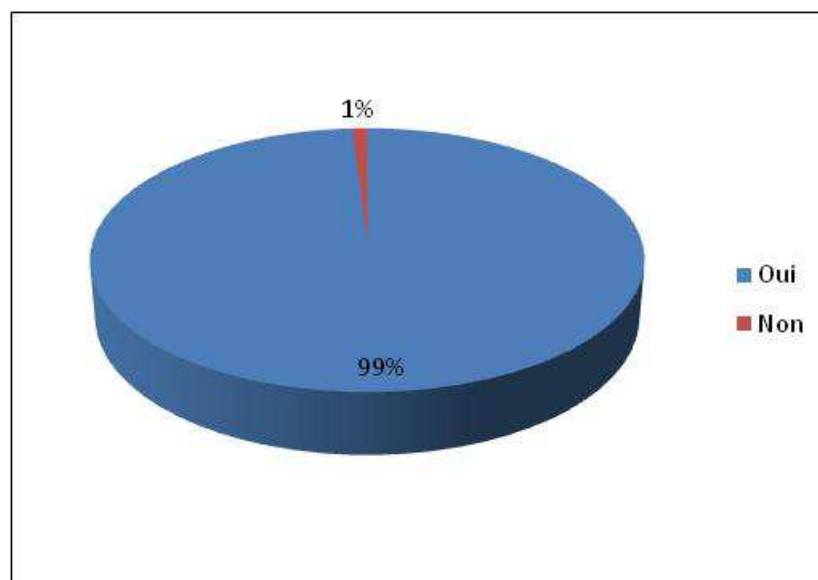


Figure 3: Répartition des mères selon la connaissance de la vaccination.

Les mères qui connaissaient la vaccination étaient 99%

Tableau VIII : Répartition des mères selon la compréhension de la vaccination.

Compréhension de la vaccination	Effectif	Pourcentage
Protection contre les maladies	178	87,7
Traitement des maladies	22	10,8
Ne sais pas	3	1,5
Total	203	100

Les mères qui savaient la raison pour la quelle ont fait la vaccination étaient 87,7%.

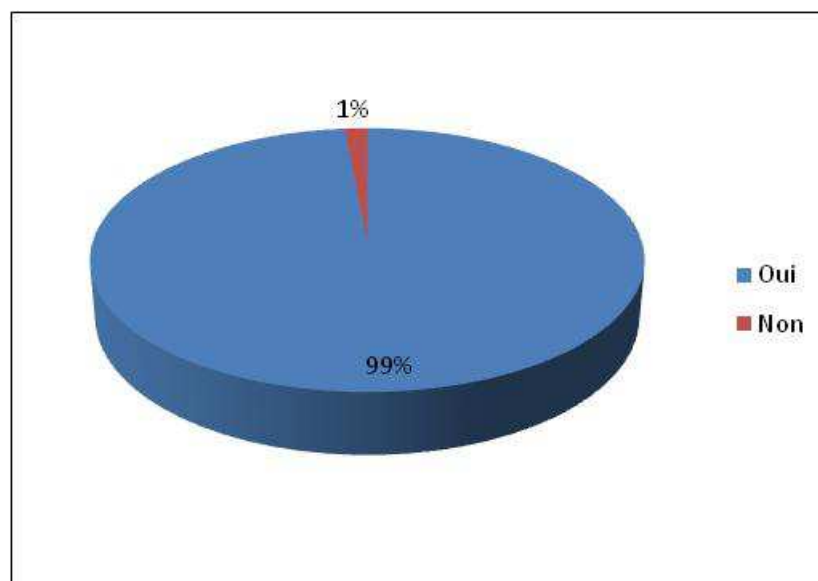


Figure 4: Répartition des mères selon l'information reçue sur la vaccination.

Les mères qui avaient reçu l'information sur la vaccination représentaient 99%.

Tableau IX : Répartition des mères selon les canaux d'information

Canaux d'information	Effectif	Pourcentage
Agent de santé	123	62,0
Relais de communication	63	31,5
Anima taire de projet	2	0,9
Emission radio ou télé	6	2,9
Les amies	3	1,4
Total	200	100

L'information donnée par les agents de santé à représenté 62%.

Tableau X : Répartition des mères selon le type d'antigènes connu

Vaccin anti polio	Effectif	Pourcentage
Oui	166	81,8
Non	37	18,2
Total	203	100

La polio n'était pas connue par les mères à 18,2%

Tableau XI : Répartition des mères selon type d'antigène connu

Antigène anti tuberculeux	Effectif	Pourcentage
Oui	135	66,5
Non	68	33,5
Total	203	100

L'antigène anti tuberculeux n'était pas connu par les mères à 33,5%.

Tableau XII : Répartition des mères selon le type d'antigènes connu

Penta + pneumo	Effectif	Pourcentage
Oui	65	33,5
Non	135	66,5
Total	203	100

L'antigène contre le penta+pneumo n'était pas connu par les mères à 66,5%.

Tableau XIII: Répartition des mères selon le type d'antigènes connu.

Fièvre jaune	Effectif	Pourcentage
Oui	41	20,2
Non	162	79,8
Total	203	100

L'antigène contre la fièvre jaune n'était pas connu par les mères à 79,8%

Tableau XIV : Répartition des mères selon le type d'antigènes connu.

Méningite	Effectif	Pourcentage
Oui	97	47,8
Non	106	52,2
Total	203	100

L'antigène contre la méningite n'était pas connu par les mères à 52,2%.

Tableau XV: Répartition des mères selon le type d'antigènes connu.

Rougeole	Effectif	Pourcentage
Oui	79	38,9
Non	124	61,1
Total	203	100

L'antigène contre la rougeole n'était pas connu par les mères à 61,1%.

Tableau XVI: Répartition selon le type d'antigène administré à l'enfant

Antigène anti polio	Effectif	Pourcentage
Reçu	203	100
Non reçu	0	00
Total	203	100

100% des enfants ont reçu l'antigène anti polio.

Tableau XVII: Répartition selon antigène administré à l'enfant

Antigène anti tuberculeux	Effectif	Pourcentage
Reçu	100	100
Non reçu	00	00
Total	203	100

100% des enfants ont reçu antigène anti tuberculeux

Tableau XVIII : Répartition selon l'antigène administré a l'enfant.

Penta + pneumo	Effectif	Pourcentage
Reçu	200	98,5
Non reçu	3	1,5
Total	203	100

Les enfants ont reçu l'antigène contre le penta+pneumo à 98,5%.

Tableau XIX: Répartition selon l'antigène administré a l'enfant.

Rougeole et la fièvre jaune	Effectif	Pourcentage
Reçu	193	95,1
Non	10	4,9
Total	203	100

Les enfants ont reçu l'antigène contre la rougeole et fièvre jaune à 95,1%.

Tableau XX : Répartition selon les raisons de retard sur le calendrier vaccinal des enfants âgé de 0 à 11 mois

Raison de non vaccination	Effectif	Pourcentage
Occupation ménagère	7	50
Manque de moyen	4	28,6
Attente trop longue	0	00
Longue distance	0	00
Malaise fréquente	2	14,3
Considération religieuse	0	00
Autre	1	7,14
Total	14	100

Déplacement en brousse : 1

Les enfants en retard sur le calendrier vaccinal dû à l'occupation ménagère étaient 50%.

Tableau XXI : Répartition des mères selon l'importance de la vaccination pour les enfants.

Nécessité de la vaccination	Effectif	Pourcentage
Protection des enfants contre les maladies	142	70,0
Bonne santé de l'enfant	59	29,1
Ne sais pas	2	1,0
Total	203	100

Les mères qui disaient que la vaccination permet de protéger les enfants contre les maladies représentaient 70%

Tableau XXII : Répartition des mères selon les suggestions pour la vaccination.

Que suggérez pour la vaccination	Effectif	Pourcentage
Faire au quartier	54	26,6
Faire gratuitement	10	4,9
Prime de déplacement	22	10,8
Augmentation des bureaux de vaccination	117	57,6
Total	203	100

Augmentation des bureaux de vaccination a représenté 57,6%.

2-Statut vaccinal des femmes enceintes.

Tableau XXIII : Répartition des femmes enceinte selon la tranche d'âge

Age	Effectif	Pourcentage
16 à 26 ans	124	67
27 à 37 ans	52	28,1
38 à 45	9	4,9
Total	185	100

L'âge compris entre 16 à 26 était représenté dans 67%.

Tableau XXIV : Répartition des femmes enceintes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	177	95,7
Célibataire	8	4,3
Veuve	00	00
Divorcée	00	00
Total	185	100

Les mariées représentaient 95,7%.

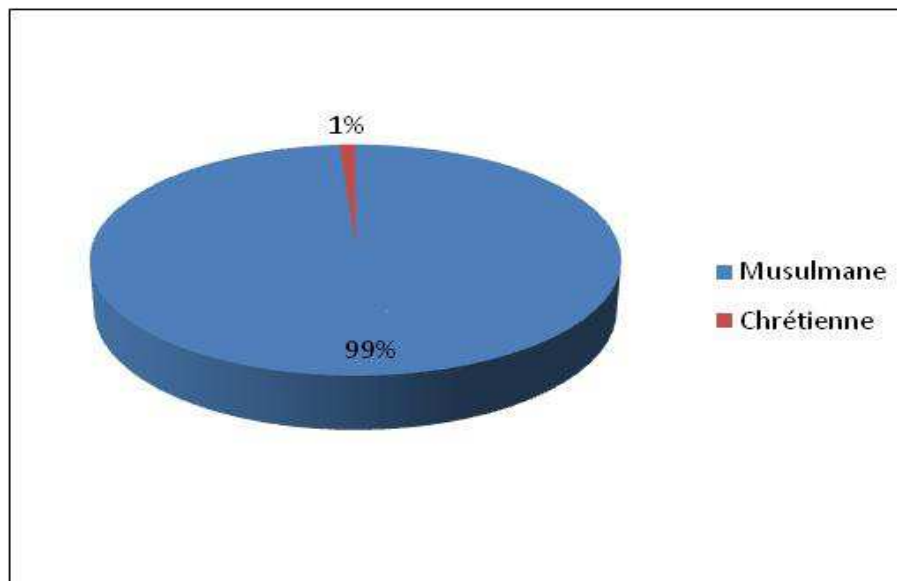


Figure 5: Répartition de femmes enceintes selon la religion

Les musulmanes représentaient 99%.

Tableau XXV : Répartition des femmes enceintes selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	68	36,7
Malinké	31	16,7
Peulh	17	9,1
Sarakolé	29	15,6
Dogon	13	7,0
Sonrhaï	19	10,2
Bobo	1	1
Somono	0	00
Senoufo	7	3,7
Total	185	100

Les somono n'ont pas été représenté.

Tableau XXVI : Répartition des femmes enceintes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	110	59,5
Vendeuse	31	16,8
Elèves et étudiants	19	10,3
Cadre moyen	3	1,6
Cadre inférieur	5	2,7
Teinturière	13	7
Coiffeuse	2	1,08
Couturière	2	108
Total	185	100

Les ménagères représentaient 59,6%.

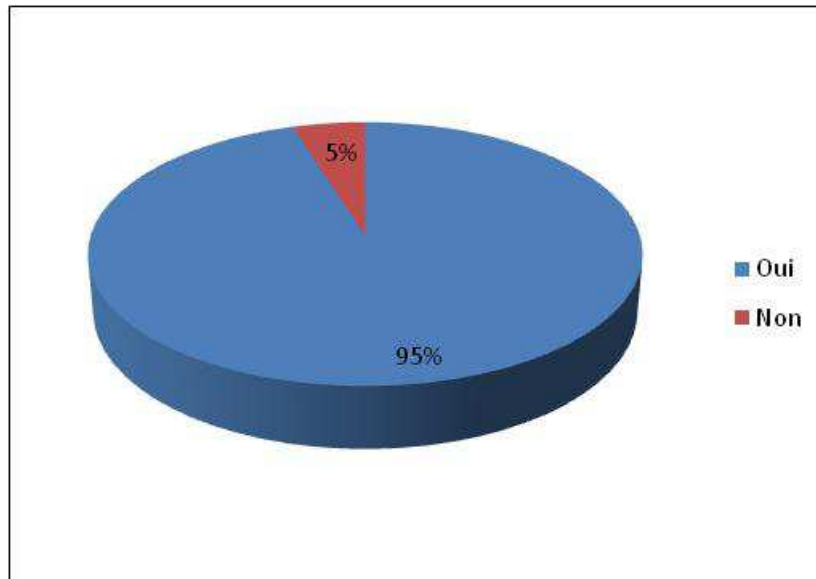


Figure 6 : Répartition selon le statut vaccinal des femmes enceintes.
Les femmes enceintes vaccinées étaient 95%.

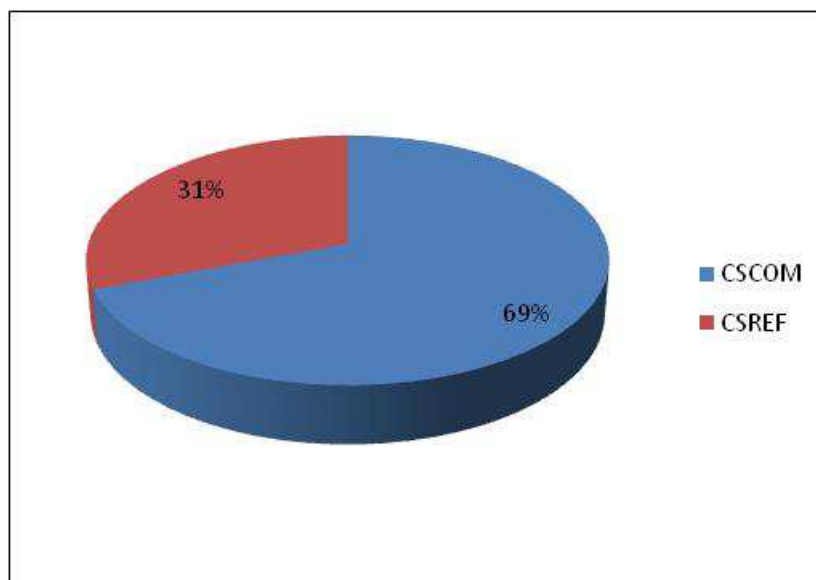


Figure 7 : Répartition selon le lieu de vaccination des femmes enceintes.

Les femmes enceintes étaient vaccinées dans le CSCOM à 69%

Tableau XXVII : Répartition des femmes enceintes selon le nombre de VAT reçu.

Profession	Effectif	Pourcentage
VAT1	35	19,9
VAT2	91	51,7
VAT3	32	18,2
VAT4	10	5,7
VAT5	8	4,5
Total	176	100

Les femmes enceintes qui ont reçu le VAT2 ont représenté 51,7%.

Tableau XXVIII : Répartition des femmes enceintes selon le nombre de grossesse.

Nombre de gestité	Effectif	Pourcentage
1 geste	95	51,4
2 gestes	31	16,8
3 gestes	14	7,6
4 gestes	25	13,5
5 gestes	11	5,9
6 gestes	6	3,2
7 gestes	3	1,6
Total	185	100

Les primigestes représentaient 51,4%.

Tableau XXIX : Répartition selon les raisons de non vaccination des femmes enceinte.

Raison de non vaccination	Effectif	Pourcentage
Occupation ménagère	2	22,2
Manque de moyen	5	55,6
Attente trop longue	0	0
Longue distance	0	0
Malaise fréquente	0	0
Autre	2	22,2
Total	09	100

Grossesse cachée : 1 déplacement en brousse : 1

Le manque de moyen représentait 55,6%

Tableau XXX : Répartition des femmes enceintes selon l'importance de la vaccination.

Nécessité de la vaccination	Effectif	Pourcentage
Protection contre les maladies	141	76,2
Bonne santé	44	23,8
Ne sais pas	0	0
Total	185	100

Les femmes enceintes qui disaient que la vaccination permet la protection contre les maladies représentaient 76,2%.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1-Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive couvrant la période allant du 15 janvier 2012 au 15 Février 2012 dont l'objectif principal était d'évaluer la couverture vaccinale chez les enfants de 0-11 mois et le nombre de doses de VAT reçue chez les femmes enceintes dans le CSCom de Kalaban Coura. Les difficultés rencontrées ont été d'une part le manque de collaboration chez certaines mères mais aussi les carnets perdus et déchirés.

Nous avons recensé durant la période d'étude 388cas, répondant aux critères d'inclusion.

2-Caractéristiques sociodémographiques :

Au total nous avons interrogé 203 mères dont 186 étaient mariées soit 91,6% et 17étaient célibataires soit 8,4% et 185 femmes enceintes dont 177 mariées soit 95,3% et 8 célibataires soit 4,3%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la conception d'un enfant avant le mariage est male vue dans notre société ou par le fait que les jeunes filles se marient très tôt.

Il s'est révélé par rapport à la connaissance de la nécessité de la vaccination pour la mère et la femme enceinte dans 100%.Cet état de fait, confirme la place de la mère dans la gestion du bien être de la famille dans la société malienne. Une étude menée au Mali, atteste que la femme intervient, pour sa propre santé, celle de ses enfants et dans la prise en charge des dépenses de santé [14].

Du point de vue profession, les ménagères étaient les plus représentés dans notre étude avec 59,1% contre 40,9% des femmes ayant d'autres occupations. Bana Cissé [14]. Dans son étude au village point G avait trouvé la même prédominance

3-Le statut vaccinal des enfants de 0-11 mois :

Les informations recueillies sur les carnets de vaccination et des déclarations des mères indiquent que 100% des enfants de 0-11 mois sont correctement vaccinés contre les maladies cibles du PEV. Ainsi 100% des enfants ont reçu le BCG ; 100% le vaccin contre la polio ; 95,1% le vaccin contre la rougeole et 95,1% pour celui de la fièvre jaune.

Cela s'explique par le fait qu'au cours de l'enquête nous avons eu plus d'enfants de 3 mois que 9 mois. L'enquête démographique et de santé Mali 2006 (EDSMIV) [15]. Trouvait des taux de couverture pour les mêmes vaccins avec respectivement 77% pour le BCG, 85% pour polio, 68% pour la rougeole.

Au regard de ces chiffres, on pourrait expliquer nos résultats par l'efficacité des différentes campagnes de vaccinations entreprises ces dernières années qui progressivement et significativement ont élevé le pourcentage du statut vaccinal pour la tuberculose, la poliomyélite, la rougeole, et la fièvre jaune.

Tous les enfants ont reçu leur vaccin à 100% dans les centres de santé communautaire. Selon B. Cissé [14]. 96,18% des enfants ont reçu leur vaccin dans les centres de santé communautaire, 3,47% dans les centres santé de référence et 0,35% dans le quartier. L'étude fait en commune V au Mali avait souligné ce même constat. Ceci pourrait se justifier par le coût réduit et la grande accessibilité aux structures publiques et par le fait qu'après le BCG les CS Réf orientent vers les CSCom.

4-Les raisons de retard sur le calendrier vaccinal des enfants de 0-11 mois :

Les raisons de retard sur le calendrier vaccinal des enfants âgés de 0-11 mois sont les suivantes :

L'occupation ménagère avec 50% le manque moyen avec 28,6% malaises fréquentes 14,3% déplacement en brousse 7,14% influencent sur le pourcentage du statut vaccinal à la différence de C.N'Toumbi Sissoko [1] chez qui les raisons de non vaccination sont dominés par les obstacles (longue attente des mères 23,8 % et la non convenance de l'heure des séances de vaccination 21,9%). Ainsi selon Aminata Dembélé [6] les raisons de non vaccination ont été le manque d'information sur l'importance de la vaccination et les occupations des mères. Egalement selon Moussa Touré [5] les raisons de non vaccination qui ont été évoqué, à savoir le manque de vaccin, l'absence des parents, absence de centre de vaccination, attente de passage de l'agent de santé.

D'autres causes non négligeables ont été citées par les mères : déplacement, enfant malade, carnet perdu.

5-Les raison de non vaccination des femmes enceintes :

La raison de non vaccination des femmes enceintes étaient les suivantes : l'occupation ménagère avec 22,2% le manque de moyen a représenté 55,6%, le déplacement en brousse et la grossesse caché avec 22,2%.

6- Le statut vaccinal des femmes enceintes :

Il ressort, des informations relevées dans le carnet de vaccination et des déclarations des femmes enceintes, que 95% des femmes enceintes sont complètement vaccinés contre tétanos néonatal 95 étaient des primigestes ayant reçu le vaccin contre tétanos avec 51,4% de VAT2.

T. Konaté [16]. Trouvait en commune I 46,6% de femmes ayant reçu la deuxième dose du vaccin anti tétanique, en commune VI elle représentait juste 41%. Il s'est révélé qu'une femme commence son immunité à partir de la deuxième dose de VAT.

L'objectif d'élimination du tétanos néonatal est de vacciner 80% des femmes en âge de procréer au vaccin anti tétanique (VAT3) en 3 passages d'après le plan d'action de la 3^{ème} édition de la campagne d'élimination du tétanos maternel et néonatal au Mali en 2004 [14]. Cet objectif n'est pas atteint dans notre étude.

Ce pourcentage faible pour le VAT3 dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que la plus part de nos femmes enceintes étaient des primigestes.

Le nombre insuffisant de mère complètement protégé contre le tétanos néonatal pourrait s'expliquer par l'ignorance des populations sur l'importance et la nécessité de poursuivre les autres doses de vaccins anti- tétaniques.

VI-CONCLUSION :

- ✓ Les résultats obtenus suggèrent que le PEV a permis d'améliorer sensiblement le statut vaccinal dans le CSCOM de Kalaban Coura. A savoir 100% des enfants ont reçu le BCG, 100% ont reçu le vaccin anti polio, 95,1% ont reçu le vaccin anti rougeoleux et la fièvre jaune ainsi 100% des enfants de 0 à 11 mois ont été complètement vaccinés contre les maladies cibles du PEV. Au regard des résultats obtenus nous pouvons dire que de plus en plus de femme enceinte se font vaccinés pendant leur grossesse dont 95% des femmes enceintes sont complètement vaccinées contre le tétanos lors des consultations prénatales. Les raisons de retard sur le calendrier vaccinal des enfants étaient surtout dues à l'occupation ménagère des mères avec 50% et le manque de moyen avec 28,6%.

VII- RECOMMANDATIONS :

Aux autorités :

- Insister sur la vaccination systématique de toutes les femmes lors des soins prénataux.
- Créer d'autre structure de santés à Kalaban-coura
- Renforcer l'information et la sensibilisation de la population sur la nécessité de vacciner les enfants et les femmes en âges de procréer

Au personnel de santé :

- Pratiquer l'IEC sur la vaccination chez toutes les femmes lors des CPN.
- Expliquer les manifestations secondaires de chaque vaccin aux mères d'enfant et la conduite à tenir tout en insistant sur leur bénignité et les avantages à être vacciné correctement.
- Vacciner systématiquement toutes les femmes en âge de procréer contre le tétanos.

Aux populations :

- Initier une collaboration avec le personnel de santé les associations pour lutter contre le tétanos néonatal et les maladies de l'enfance.

VIII REFERENCES :

1-Sissoko.C.T, These Med 2005, 72 pages

Evaluation de la couverture vaccinale chez les enfants de 12-23 mois et les mères de 15-49 ans en commune V du District de Bamako.

2-Fosto.T.B, Thèse Med 2007,65 pages

Evaluation de la couverture vaccinale chez les enfants de 12-23 mois et les mères d'enfants de 0-11 mois dans le village du point G.A propos de 100 cas

3-Doumbia.S, Thèse de Med 2009,83 pages

Evaluation de la couverture vaccinale en commune IV du District de Bamako en 2008,83 pages

4- <http://www.sante.cfwb.be> 15/03/2012

Histoire de la vaccination

5-Touré M, Thèse Med 2005,75 pages

Les occasions manquées en vaccinologie dans le district de Bamako concernant les enfants de 0-12 mois.

6-Dembélé A, Thèse Med 2005,70 pages

Evaluation de la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois et des femmes en Ages de procréer dans la commune VI du district de Bamako.

7-Drucker J

Vaccinations

Rev prati (Paris) 1991, Vol 41, n°20 P 2001-2004.

8-Pichard E

Pathologie infectieuse, 2002

9-Institut Mérieux

Les vaccinations –Généralités

6^{ème} édition, P 130

10-OMS

Halte à la baisse de la couverture vaccinale

Bulletin du PEV 1994 P 45

11-Ajjan Nizan

Vaccination (Institut Mérieux)

5ième édition 1990 ; p 296

12-DNS/DPLM/SI

Enquête nationale de couverture vaccinale, Décembre 1998

13-PEV : 25ans demain

Médecine Tropicale. 2001.61.2.

14-Cissé B, Thèse Med 2010,64 pages

Etude de la couverture vaccinale chez les enfants de 12-23 mois et les mères enfants de 0-11 mois dans le village du point G en commune III du District de Bamako.

15-Enquête démographique et de Santé IV Mali.

Rapport de synthèse : en 2006 p 128-129-130-130

16-Konaté T, Thèse Med 2005,157 pages

Evaluation de la couverture vaccination des enfants de 12-23 mois et des femmes en âge de procréer dans la commune I du District de Bamako par la méthode LQAS.

VIII. ANNEXES :

Evaluation du statut vaccinal des enfants de 0-11 mois et les femmes enceintes dans le CSCom de Kalaban Coura de la Commune V du District de Bamako.

1-Fiche d'enquête N°/___/___/___/...2-Concession N°/___/___/___/.....3-Ménage N°/___/

I- DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1Prénoms :.....Nom :.....

2 - Age de la mère (en années)...../___/___/

3- Statut matrimonial...../___/

1- mariée ; 2- célibataire ; 3- divorcée ; 4- veuve

4- Nombre d'enfants :...../___/

5- Principale occupation...../___/

1- ménagère ; 2- fonctionnaire cadre sup. ; 3- fonctionnaire cadre moyen ; 4- vendeuse 5- élève/étudiante ; 6- autre (à préciser) : _____

6_ Niveau d'instruction :...../___/

1- primaire ; 2- secondaire ; 3- supérieur ; 4-non scolarisée ; 5- alphabétisée ; 6- non alphabétisée

7-Ethnie :...../___/

1- bambara ; 2- malinké ; 3- dogon ; 4- sonrhaï ; 5- peuhl ; 6- bobo ; 7- senoufo ; 8- soninké ; 9-bozo ; 10- somono ; 11- autre (à préciser) : _____

8-Religion :...../___/

1- musulman ; 2- chrétien ; 3- animiste ; 4- autre (à préciser) : _____

9-Nationalité :...../___/

1-Malienne ; 2 autre (à préciser) _____

II- CONNAISSANCE DE LA VACCINATION ET DU VACCIN

10-Connaissez- vous la vaccination ?..... 1- oui /___/ 2- non /___/

11-Qu'est ce que la vaccination ?...../___/

1- protection contre les maladies ; 2- traitement des maladies 3- ne sais pas 4- autre (à préciser) _____

12- Avez-vous reçu des informations sur la vaccination ?.....1-oui /___/ 2-non/___/

13-Par quels canaux ?/___/

1- agent de santé ; 2- relais communautaire ; 3- animateurs de projets ; 4- émission radio ou télé ; 5-les amies 6- autre (à préciser) :_____

14-Quels types de vaccin connaissez- vous (guider par les périodes) ?...../___/

1- vaccin anti tuberculeux ; 2-vaccin anti polio ; 3- DTC+ HepB+Hib(PENTA) ; 4- (diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, méningite) ; 6- fièvre jaune (VAA)

III- ETAT VACCINAL DE L'ENFANT

15-Vos enfants sont ils vaccinés ?1- oui /___/ 2- non /___/

16-Si oui où 1- CESCOV /___/ ; 2- CSREF /___/ ; 3- au quartier /___/ ;

4- autre (à préciser)_____

17- Quels vaccins ont-ils reçus ?...../___/

1- vaccin anti tuberculeux ; 2-vaccin anti polio ; 3- DTC+ HepB+Hib(PENTA) ; 4-(diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B) ; 6- fièvre jaune (VAA)

18- Sont ils à jour pour la vaccination ?..... 1- oui /___/ 2- non /___/

19- Si non pour quelles raisons ?...../___/

1-occupation ménagère ; 2- manque de moyen ; 3- attente trop longue ; 4- longue distance ; 5- considération religieuse ; 6- considération culturelle ; 7- malaise fréquente après vaccination ; 8- autre (à préciser)_____

20-Ont-ils un carnet de vaccination 1- oui /___/ 2- non /___/

21-Si non pourquoi...../___/

1- manque de moyen ; 2- rupture au centre ; 3- autres (à préciser)_____

IV- ETAT VACCINAL DE LA MERE

22-Quels nombres de vaccins avez-vous reçu lors de votre C.P.N?

23-1- oui /___/ 2- non /___/

24-Si oui où 1- CESCOV /___/ ; 2- CSREF /___/ ; 3- au quartier /___/ ;

4- autre (à préciser)_____

25-Si non pour quelles raisons ?...../___/

1- occupation ménagère ; 2- manque de moyen ; 3- attente trop longue ; 4- longue distance ; 5- considération religieuse ; 6- considération culturelle ; 7- malaise fréquente après vaccination 8- déjà vaccinée ; 9-autre (à préciser)_____

26-Quels vaccins avez-vous reçus ?1- vaccin antitétanique /___/

2- autre (à préciser)_____

27-Avez-vous un carnet de vaccination ?.....1- oui /_/ 2-non /_/

28-Si non pourquoi ?...../_/

1- manque de moyen ; 2- rupture au centre ; 3- autres (à préciser)_____

CONCLUSION

29-Selon vous la vaccination est elle nécessaire ?1- oui /_/ ; 2- non /_/

30-Si oui pour quelles raisons ?...../_/

1- protection de l'enfant contre les maladies ; 2-bonne santé de l'enfant ; 3- ne sais pas ; 4- autre (à préciser)_____

31-Si non pour quelles

raisons ?...../_/

1- Stérilité des femmes ; 2- espacement des naissances, 3- autre (à préciser)_____

32-Que suggérez-vous pour la vaccination...../_/

1- à faire au quartier ; 2- gratuitement ; 3-prime de déplacement ; 4- augmentation des bureaux de vaccination dans le centre ; 5- autre (à préciser) ; 6- RAS

C'est la fin de l'entretien je vous remercie !

Avez-vous des questions à me poser ou avez-vous d'autres observations sur la vaccination

.....
.....
.....
.....
.....
.....

FICHE SIGNALITIQUE

Localisation et résumé de la thèse :

Nom : DIAWARA.

Prénom : Mariam.

Titre de la thèse :

Evaluation du statut vaccinal des enfants de 0-11 mois et les femmes enceintes dans le CSCom de Kalaban Coura de la Commune V du District de Bamako.

L'année universitaire : 2011-2012

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMOS de l'Université de Bamako.

Résumé :

Notre étude de type transversale et descriptive, s'est déroulée du 15 janvier au 15 février 2012 dans le CSCom de Kalaban Coura en commune V du District de Bamako.

L'objectif général de cette étude était d'évaluer le statut vaccinal des enfants de 0 à 11 mois et le nombre de VAT reçu chez les femmes enceintes au CSCom de Kalaban Coura. Il ressort de cette étude que :

- ✓ les enfants complètement vaccinés étaient 100%
- ✓ Les femmes enceintes qui ont reçu la VAT étaient 95%
- ✓ Les mères qui connaissaient la nécessité de la vaccination étaient de 100%
- ✓ Les raisons de non à jour pour la vaccination des enfants étaient surtout l'occupation ménagère des mères avec 50% et le manque de moyen avec 28,6%.

Mot clé : vaccination, mères, enfants.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !